

ACRETISMO PLACENTARIO Y SU DIAGNOSTICO ANTENATAL

Dr. Freddy Maita Quispe - Ginecólogo Obstetra- Ecografista / Hospital Obrero No.2 - C.N.S

Dr. Ewin Hochstatter Arduz - Ginecólogo Obstetra – Médico de Guardia del H. Obrero No.2 - C.N.S- Servicio Ginecología y Obstetricia

Dra. Ninoska Franco Rada - Ginecóloga Obstetra – Ex Residente de la CNS

RESUMEN

La placenta ácreta, es un trastorno adherencial de la placenta, generalmente diagnosticada durante el parto, reconociéndose por la firme adherencia de la placenta al útero.

El diagnostico anteparto mediante el uso de ecografía de escala de grises, Doppler color, el power Doppler y de Resonancia Magnética Nuclear es una oportunidad insuperable que nos permite una adecuada planificación quirúrgica del parto y la eventual necesidad de una histerectomía y/o transfusión de sangre.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, permitiendo el diagnostico antenatal de la localización placentaria, permitiéndonos adicionalmente descartar una placentación anormal.

Palabras clave:

Acretismo Placentario, Ecografía en escala de grises, Ecografía Doppler color, Power Doppler.

INTRODUCCIÓN

Normalmente, la placenta se separa espontáneamente de su sitio de implantación en los minutos que siguen al parto. En algunos casos, ello no ocurre o lo hace mucho después del tiempo estimado, en ocasiones esto se debe a una anormal

implantación de la placenta al útero, denominándose a este cuadro acretismo placentario.

La placenta ácreta, es un trastorno adherencial de la placenta, que puede resultar, en un sustancial aumento de la morbilidad y mortalidad materna por la hemorragia obstétrica grave que produce. En el pasado y aun actualmente el diagnostico primario se hace intraparto, reconociéndose por la firme adherencia de la placenta al útero. Este intento de separación de la placenta provoca una hemorragia profusa que amerita en ocasiones una histerectomía postparto de urgencia.

Este trastorno puede y debe ser sospechado en presencia de factores de riesgo definidos, como la placenta previa, cesáreas anteriores, legrados uterinos reiterados, miomectomias, etc. En estos casos y ante la presencia de factores de riesgo se deben dirigir los métodos diagnósticos para confirmar o descartar esta situación.

El diagnostico prenatal de acretismo placentario y sus variantes, permite realizar una adecuada planificación quirúrgica y preparación de la paciente, disminuyendo las complicaciones. Este diagnostico debe ser hecho entre las 30 o 34 semanas de embarazo.

En el presente trabajo nos proponemos revisar los métodos diagnósticos y de tratamiento utilizados actualmente en gestantes con riesgo de esta patología.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN DE ACRETISMO PLACENTARIO

Es un termino utilizado para describir una implantación placentaria en la que hay una adherencia anormal a la pared uterina de la gestante; incluye tres variantes: ACRETA, en la que las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio, INCRETA en la cual las vellosidades invaden miometrio, PERCRETA, en la cual atraviesan toda la capa miometrial llegando a la serosa y en ocasiones traspasándola e involucrando incluso órganos y tejidos vecinos.

Esta adherencia anormal, resulta de una ausencia de la decidua basal parcial o completa y el desarrollo incompleto de una capa de fibrina, la capa de Nitabuch, de forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio esta ausente. A causa de esta alteración, la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones o incluso a toda la placenta, constituyendo la placenta ácreta focal, parcial o total respectivamente.

INCIDENCIA

Esta se ha incrementado tres veces en los últimos 20 años, debido a la elevada tasa de cesáreas registradas. Breen y colaboradores reportan una tasa de 1 cada 7000 partos en 1977, Miller habla de una incidencia de 1 caso cada 2500 partos entre 1985-1997.

FACTORES DE RIESGO

El antecedente de mayor relevancia es la cesárea previa. La PP está relacionada directamente con el número de cesáreas previas:

- 0.67% luego de la 1era
- 1.8% “ “ 2da.
- 3% “ “ 3ra.
- 10% “ “ 4ta.

El antecedente de placenta previa y cesárea previa incrementa el riesgo, una vez localizada la placenta previa en el embarazo actual, la posibilidad de acretismo es de:

- 23% con antecedentes de 1 cesárea.
- 35% “ “ 2 “ ”
- 51% “ “ 3 “ ”
- 67% “ “ 4 “ ”

“Recordar que sin cesáreas, existe un 5 al 9% de posibilidades de acretismo si se da placenta previa.”

El riesgo es superior cuando se implanta sobre la cicatriz uterina, apoyando la teoría de la escasa decidualización del segmento uterino. Otros factores de riesgo son: legrados uterinos previos, edad materna igual o mayor a 35 años, multiparidad, Síndrome de Asherman, cicatrices uterinas e infecciones.

DIAGNOSTICO ANTENATAL.

En el pasado, y aún en el presente, el diagnóstico de placenta ácreta se realiza por sospecha clínica ante una hemorragia postparto masiva y/o dificultad o imposibilidad de separar la placenta de su inserción uterina durante el alumbramiento; frecuentemente es seguido de una histerectomía de urgencia postparto, con un gran riesgo de morbilidad materna y eventual riesgo de mortalidad por las complicaciones que aun sorprenden en nuestro medio al obstetra que no ha previsto tal situación.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones.

La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí, que sobre todo frente a una localización anormal (Ej. Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencial de la placenta.

Finberg y Williams fueron los primeros que evaluaron con ultrasonografía la inserción placentaria de pacientes embarazadas con placenta previa e historia de una o más cesáreas anteriores y determinaron que ciertos hallazgos ecográficos se asociaban con acretismo placentario, determinaron los criterios ultrasonográficos de placenta ácreta que incluyen:

- Pérdida o adelgazamiento de la zona hipocogénica miometrial retroplacentaria normal menor a 2 mm de espesor. Si esta está conservada, el riesgo de presentar acretismo disminuye a menos del 10%.
- Adelgazamiento o disrupción de la interfase serosa hiperecogénica, entre el útero y la vejiga.
- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través de la serosa, fuera del cuerpo

uterino. Esto es patognomónico de la placenta percreta.

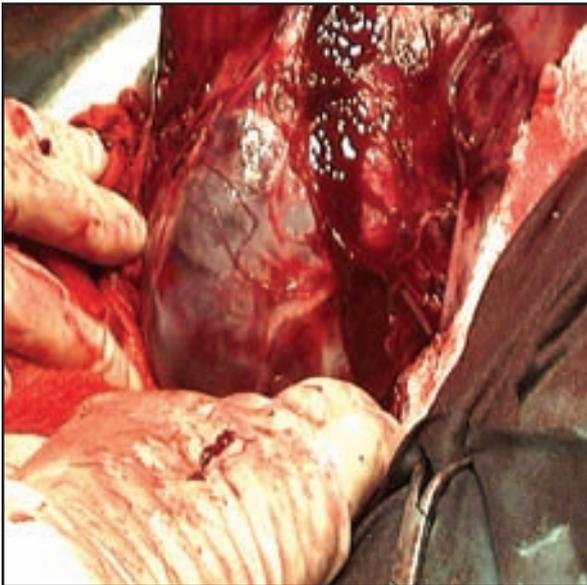
- Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta ácreta. Es el signo más sensible (presente en el 87% de las pacientes con placenta ácreta), incrementa el riesgo de histerectomía y triplica el riesgo de pérdidas hemáticas en quienes la tienen.

Observaciones adicionales incluyen: adelgazamiento progresivo y desaparición de la zona miometrial hipocogénica retroplacentaria en exámenes secuenciales; disminución del patrón de flujo venoso normal por estudio Doppler del margen periférico de la placenta.

La ecografía transabdominal mostró ser suficiente para un diagnóstico confiable, sin la participación de técnicas de Doppler color o Power Doppler, cuando se encontraron los criterios de placenta ácreta. La ecografía transvaginal permite una mayor seguridad diagnóstica en muchos casos pues da una mayor información sobre la inserción placentaria en pacientes con placenta previa anterior.



Ecografía transvaginal de paciente con placenta previa oclusiva total que muestra desaparición de la zona hipocogénica miometrial retroplacentaria del segmento posterior del útero y la presencia de lagos vasculares. El estudio histopatológico de la placenta confirmó el diagnóstico anteparto de acretismo placentario.



adyacentes. La ecografía de escala de grises previa, ya había detectado el adelgazamiento de la zona hipocogénica miometrial retroplacentaria. Se realizó la cesárea e histerectomía programada; la histopatología confirmó el diagnóstico.

Aunque los hallazgos ecográficos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico sobre todo en la placenta percreta.

En casos de acretismo el Doppler color y el power Doppler muestran la marcada vascularización y vascularización anormal del sitio de implantación de la placenta, pero esto no aportaría información adicional a la confiabilidad diagnóstica hecha por un operador experimentado utilizando los criterios de Finberg y Williams.

El power Doppler puede diferenciar entre várices vesicales y placenta percreta, demostrando claramente la ausencia de vasculatura anormal entre las varices y la placenta.



Ecografía transvaginal con Doppler color de una paciente con placenta previa e historia de cesárea anterior que muestra los puentes vasculares entre la placenta y el miométrio y los lagos vasculares



Ecografía transvaginal con Power Doppler en una paciente con placenta previa que delinea más los vasos anormales que penetran a la capa miometrial.

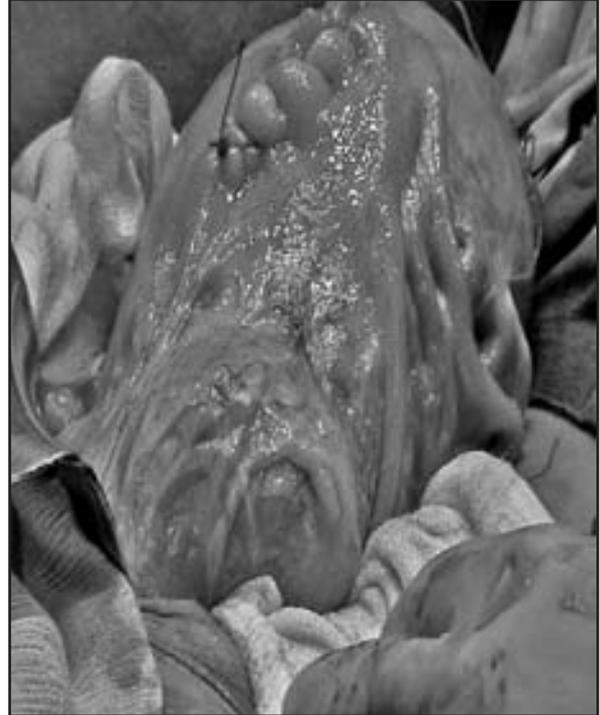
La ecografía de escala de grises previa mostró un adelgazamiento focal de la zona hipocogénica miometrial retroplacentaria. La ecografía con Doppler color también mostró una vascularización útero-placentaria anormal. La histopatología confirmó el diagnóstico.

Cuando la placenta se inserta en la cara posterior del segmento, esta fuera del campo visual de la ecografía transabdominal y es dificultosa la evaluación ecográfica transvaginal, es mejor y mayor la información que brinda la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Solamente en estos casos la RMN aporta información adicional; por este motivo se recomienda que en pacientes con alto riesgo de placenta ácreta, el uso de resonancia magnética nuclear debe reservarse para las pacientes con inserción placentaria difícil de evaluar con ultrasonografía. Sin embargo algunos autores refieren que la RMN brinda una mejor delineación de planos tisulares, permite obtener imágenes anatómicas precisas de pared uterina, de la vascularización y otras estructuras pelvianas. El uso de Gadolinio, como contraste permite una neta diferenciación entre la placenta y la pared uterina que permitiría ver el grado de invasión placentaria, lo cual nos permitiría hacer el diagnóstico diferencial entre placenta ácreta y percreta. Estas experiencias han hecho que muchos centros hospitalarios utilicen ambos métodos diagnósticos.

Los criterios con Resonancia Magnética Nuclear de acretismo placentario son los mismos que los descritos para ultrasonografía.

La sensibilidad y la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de placenta ácreta es alrededor de 85 % y 92 % respectivamente. La adición de Resonancia Magnética Nuclear incrementa la

sensibilidad y especificidad cercana al 100 % para evaluar el grado de invasión pero no para hacer el diagnóstico.



Otros métodos diagnósticos incluyen: Cistoscopia y sedimento urinario, donde la microhematuria en una paciente de riesgo debe ser tenida en cuenta para sospechar esta patología. Este simple estudio (parcial de orina) posee la misma sensibilidad diagnóstica que la citoscopía, aunque esta última nos permita diagnosticar con mayor certeza la invasión de la vejiga por parte de la decidua EN CASOS DE PLACENTA PERCRETA

MANEJO ACTUAL

Dependerá de tres factores: Situación de la paciente (diagnosticada o no), momento quirúrgico (urgencia o programada) y experiencia del cirujano.

El objetivo principal es realizar una cesárea con mínimo sangrado y menor morbimortalidad materno fetal, situación muy difícil de lograr.

TABLA DE PACIENTES CON PLACENTA PREVIA EVALUADOS ENTRE OCTUBRE 2004 – AGOSTO 2006 HOSPITAL OBRERO No.2 – CAJA NACIONAL DE SALUD								
Edad Materna	Edad Gestacional	Antec. Cesaras / abortos	Localización placentaria	Placenta previa	ESTUDIO POR IMAGEN		Modo del Parto	Placenta
					Ecografía Sospecha Acretismo	RMN		
38	37	1	Anterior baja	No	Normal	No	Cesárea	Normal
28	36	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
35	34	2	Ant. y post.	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
37	35	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
41	33	2	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
34	37	2	Ant. baja	No	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
27	34	2	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
36	37	1	Ant. y post.	SI	Moderada sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
25	35	0	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
37	36	2	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	ácreta
37	35	1	Anterior	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	Ácreta
41	36	2	Anterior	SI	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
31	34	1	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
35	36	1	Ant. y Post.	SI	Baja sospecha	No	Cesárea + Histerect.**	Normal
33	37	0	Posterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal
29	35	2	Ant. y Post.	SI	Alta sospecha	No	Cesárea + Histerect.	Percreta*
33	34	0	Ant. y Post.	SI	Baja sospecha	No	Cesárea	Normal
28	35	0	Anterior	SI	Normal	No	Cesárea	Normal

CORE	Normal = inserción placentaria definitivamente normal.
	Baja sospecha = La inserción placentaria es probablemente normal.
	Indeterminada = No es posible definir la normalidad o anormalidad de la inserción placentaria.
	Moderada sospecha = La inserción placentaria es probablemente anormal (acretismo).
	Alta sospecha = La inserción placentaria es definitivamente anormal (acretismo)
No = no evaluado * = con lesión de vejiga ** = No hubo dificultad para el alumbramiento, pero dado la hemorragia fue necesario hacer isterectomía.	
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero N°2 - CNS.	

Si bien hoy en día es controvertida la edad gestacional en la cual finalizar el embarazo, la mayoría de la literatura publicada hasta la actualidad refiere: Percretismo: interrupción a las 34 semanas (previa maduración pulmonar fetal). Acretismo: interrupción a las 36 semanas

TRATAMIENTO MEDICO

Han aparecido reportes de pacientes, seleccionados para tratamiento medico, pero aún en numero pequeño como para sacar conclusiones. Debe ser considerado solo en la paciente con deseo de preservar su fertilidad y sin hemorragia uterina activa que comprometa la estabilidad hemodinámica.

El metotrexate es el fármaco de elección, la administración es de 1 mg/kg en días alternos para un total de 4 a 6 dosis, complementado con el uso de antibióticos y útero retractores; el seguimiento ecográfico diario de la involución placentaria y de la vascularización es preciso, debiendo ambos disminuir progresivamente.

Durante el tratamiento debe pesquisarse mediante laboratorio niveles de la hormona gonadotrofina coriónica humana, además de los efectos secundarios del metotrexate: trombocitopenia,

neutropenia, disfunción hepática o renal. Si la paciente llega a ser clínicamente inestable o el tejido placentario no se resuelve con el tratamiento medico, la histerectomía debe ser considerada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es realizado basándose en el estado clínico de la paciente, edad y paridad, el deseo de preservar la fertilidad futura y enfermedades intercurrentes. El mejor camino para disminuir las complicaciones quirúrgicas es a través de una adecuada preparación y planificación del parto en una paciente con sospecha de placenta ácreta.

En el percretismo placentario el grado de deterioro de la pared uterina es tan importante, que el riesgo de complicaciones maternas y fetales aumenta notablemente mas allá de las 35 semanas, superando el 90 % después de las 36 semanas.

Se puede considerar la colocación, previa a la cirugía, de catéteres ureterales que permitan identificarlos en caso de histerectomía.

La invasión trofoblástica en un órgano como la vejiga o los parametrios genera casi invariablemente una activación del sistema de la coagulación. Como contrapartida, el sistema fibrinolítico comienza el consumo de la trombina activada.

Este consumo, a veces lento, disminuye gradualmente las reservas de fibrinógeno, de tal manera que al iniciar la cesárea el obstetra puede desconocer la existencia de una coagulación intravascular diseminada subclínica. Si el proceso se establece en una paciente con reservas de fibrinógeno disminuidas, la hemorragia se descontrola en forma inmediata.

El abordaje quirúrgico empieza con una incisión abdominal mediana infraumbilical con prolongación supraumbilical, el acretismo obliga a una histerotomía corporal fúndica. También se debe aislar y ligar cada uno de los vasos neoformados entre útero y placenta, luego liberar el espacio vesicouterino y vesicocervical en su totalidad, intentando extraer la placenta. De no ser posible el alumbramiento satisfactorio, proceder a la histerectomía total de urgencia.

COMPLICACIONES

La primera es la hemorragia profusa que sigue al intento de realizar el alumbramiento, que puede llevar a la inestabilidad hemodinámica llevando al choque y muerte si no se corrige la hipovolemia.

El sangrado puede persistir después de la histerectomía por disminución de la coagulabilidad sanguínea combinada con el trauma de una prolongada manipulación.

Otra complicación es la lesión de uréteres durante la histerectomía, más aun si es de urgencia por la placenta percreta y la necesidad de un rápido control de hemorragia masiva. Reconocida la lesión se puede corregir por reanastomosis o reimplantación según se requiera, con la ayuda del urólogo. La lesión de vejiga, en el momento de

disecar el segmento uterino durante la histerectomía puede ser reparada luego mediante sutura por planos.

Otras complicaciones descritas son la coagulación intravascular diseminada, lesión intestinal y también la prematuridad.

CONCLUSIONES

El acretismo placentario es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia masiva en el posparto inmediato. Se deben identificar factores de riesgo como ser antecedente de cesáreas anteriores, edad, multiparidad, antecedente de legrados uterinos reiterados, Asherman o cirugías uterinas previas en toda paciente gestante.

Frente a sospecha clínica, confirmar el diagnóstico con los métodos necesarios como ser ecografía de escala de grises, Doppler color y power Doppler.

Se reconoce la limitación de la sensibilidad y especificidad de la ecografía en la evaluación de la inserción placentaria cuando esta se halla en la cara posterior del útero, utilizando en estos casos la Resonancia Magnética Nuclear.

El diagnosticar antes del nacimiento una placenta ácreta, es una oportunidad insuperable que permite una adecuada planificación medico-quirúrgica del parto.

RECOMENDACIONES

En cada caso se debe establecer factores de riesgo, para elegir a pacientes candidatas a mayores estudios diagnósticos. Especialmente en pacientes

con antecedentes de cesáreas previas y placenta previa oclusiva total en el embarazo actual.

Emplear el estudio ecográfico de forma precoz y seriada pesquizando alteraciones oportunamente. El pronóstico esta directamente influenciado por los siguientes factores:

- Adecuado CPN
- Diagnóstico oportuno de la PP
- Información adecuada a la embarazada
- Accesibilidad a los Centros de Salud
- Limitación de la actividad física, laboral y sexual
- Adecuados medios técnicos en el Centro de Salud
- Disponibilidad de sangre
- Personal capacitado

BIBLIOGRAFÍA

Abbas F, Talati J, et al. Placenta pércreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2000; 164: 1270-74

Comstoch CH, Lee W, et al. The early sonographic appearance of placenta accreta. *J Ultrasound Med* 2003; 22:19-23

Callen PW. ecografía en Obstetricia y Ginecología. 3º ed. Buenos Aires; Editorial Panamericana, 1998.

Chou MM, Ho ES. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta with power amplitude ultrasonic angiography. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1523-5

Cunningham G y cols. Williams Obstetricia. 21º ed. Madrid; Panamericana, 2002

Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Patología Estructural y Funcional. 5º ed. Madrid; McGraw Hill, 1997

Descargues G, Douvrin F, et al. Abnormal

placentation and selective embolization of the uterine arteries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99: 47-52

Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 1992;11:333-43

Gori J. Ginecología de Gori. 2º ed. Buenos Aires; Ateneo, 2001.

Hoffman-Tretin JC, Doenigsber M, et al. Placenta accreta: additional sonographic observations. *J Ultrasound Med* 1992; 11:29-34

Jaffe R, DuBeshter B, et al. Failure of methotrexate treatment for term placenta percreta. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:559

Kirkinen P, Helin- Martikainen HL, et al. Placenta percreta: imagine by gray-scale and contrast enhanced color Doppler sonography and magnetic resonance imaging. *J Clin Ultrasound* 1998: 26: 90-4

Levine D, Hulca, et al. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler and MR imaging. *Radiology* 1997; 205:773-776

Miller DA, Cholet J, Goodwin M. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-4